

## **L'approche alternative en santé mentale**

Jean Gagné

Volume 9, numéro 2, automne 1996

Résurgence du social en prévention

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/301371ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/301371ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université du Québec

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Gagné, J. (1996). L'approche alternative en santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 9(2), 137–146. <https://doi.org/10.7202/301371ar>



## L'approche alternative en santé mentale

*Jean GAGNÉ*

*Coordonnateur*

*Regroupement des ressources alternatives  
en santé mentale du Québec (RRASMQ)*

Intervention présentée à l'atelier « Services de santé mentale : ressources alternatives et CLSC » tenu dans le cadre de la Conférence internationale sur les centres communautaires de santé (CCS), *Les centres communautaires de santé : au centre des réformes des systèmes de santé*, tenue le 4 décembre 1995, au Palais des congrès de Montréal.

### **UNE MISE EN CONTEXTE**

Le thème proposé à cet atelier, « Services de santé mentale : ressources alternatives et CLSC », ne saurait être abordé sans tenir compte du contexte de la réforme des services sociaux et de santé en cours au Québec. Celle-ci, influencée par les conclusions de la Commission Rochon, se voulait « axée sur le citoyen » comme l'indiquait le titre du Livre blanc qui en a précédé l'adoption. Elle s'inscrivait dans une mouvance commune à la plupart des États occidentaux avancés qui, aux prises avec une double crise à la fois budgétaire et de légitimité, remettaient en question l'État-providence ou social. La problématique est connue, aussi, je me contenterai de la résumer pour qu'on l'ait bien en tête tout au long de notre discussion.

L'État social qui s'était élaboré depuis l'après-guerre jusqu'à la première moitié des années 1970 avait permis de résoudre la question

sociale posée par le développement du capitalisme industriel. En gros, il s'est agi de conférer à l'État des fonctions d'éducation, de contrôle conviviaux, d'assistance et de soins. Autant d'activités que la société civile, sous la poussée de l'industrialisation, ne pouvait plus assumer avec la même intensité qu'auparavant. La mobilité des personnes et l'instrumentalisation de leurs liens provoqués par la combinaison d'un marché « libre » du travail et la sécularisation de la morale confinaient les inemployés et les inemployables à la marginalité et à la misère. L'étatisation de la solidarité désamorçait en quelque sorte la possibilité qu'ils ne se transforment en « classe dangereuse ». Si ces mesures d'assistance répondaient aux intérêts de la classe dominante, elles n'en constituèrent pas moins des acquis populaires. Je le souligne afin de bien démarquer mon enthousiasme pour le développement de la prise en charge des communautés par elles-mêmes d'une nostalgie passéiste où nous verrions dans le modèle du « fou du village » une forme d'intégration sociale acceptable. La critique des institutions de soins, d'aide ou d'éducation héritées de l'État-providence ne devrait pas nous amener à en nier toutes les vertus. J'y reviendrai lorsque je tenterai de définir notre perception de l'approche communautaire.

Mais avant d'aborder ce thème, rappelons-nous ces critiques adressées à la prise en charge étatique des institutions de solidarité :

- Elle déresponsabilise les individus et les communautés. Le traitement autant que la prévention de la maladie, de la détresse ou de la pauvreté échappent aux liens conviviaux, aux relations personnelles pour être délégués aux appareils d'État spécialisés.
- Elle crée la dépendance de la population envers les services sociaux et de santé en homologuant la compétence exclusive des interventions professionnelles.
- Elle masque la complexité réelle de ces problèmes, leurs dimensions sociales et politiques, en les réduisant à des symptômes de handicaps ou d'incompétences personnelles.
- Elle transforme ces secteurs d'activités en un marché où les spécialités se constituent comme autant de groupes d'intérêt dépendants des problèmes qu'ils sont chargés de résoudre.

Enfin, pour compléter cette mise en contexte, rappelons que notre réforme des services sociaux et de santé fut précédée, de deux années, par l'adoption d'une nouvelle Politique de santé mentale en 1989 par le gouvernement du Québec. Le ministre de l'époque nous avait confirmé que la seconde servait de prototype à la première. Ce petit rappel me semble d'autant plus signifiant que l'on s'apprête à réviser la Politique de santé mentale en même temps que la réforme « axée sur le citoyen » nous

semble perdre ses accents démocratiques au profit d'une présentation de plus en plus bureaucratique et technocratique où il est plutôt question de « reconfiguration du système » et de « virage ambulatoire ».

## **LA COMMUNAUTÉ, LE COMMUNAUTAIRE ET LA SANTÉ MENTALE**

Le terme de « communauté » connaît une grande popularité dans notre milieu. Il semble nimbé d'une aura de vertu que ne possèdent plus les autres groupements sociaux, tels que les partis politiques, les syndicats, les mouvements sociaux ou les corporations. On l'applique indifféremment pour désigner des réseaux affinitaires constitués par la langue, l'origine nationale, la culture, l'orientation sexuelle et, pourquoi pas, la pratique d'un loisir ou d'un sport particulier. Le mot « communauté » prend ainsi un sens flottant. On peut être homosexuel, francophone, originaire du Maroc, habitant de Montréal et être amateur de boulingrin tout à la fois. Selon le contexte, on se référera à l'un ou plusieurs de ces supports identitaires, ou communautés, pour définir son action. Qui plus est, la plupart des appartenances communautaires sont mouvantes. Le sujet de tantôt pourrait quitter Montréal, adopter une autre langue ou se mettre à la pratique des échecs. C'est là, selon plusieurs auteurs, une caractéristique de notre époque dite « postmoderne » que de favoriser la multiplication et la fluidité des solidarités par rapport à la permanence des références d'antan. La communauté locale, définie territorialement selon le territoire de la MRC, de l'ex-DSC ou encore du CLSC, ne constitue que rarement le foyer d'un réseau affinitaire. On ne saurait circonscrire la clientèle de l'approche communautaire avec l'annuaire des codes postaux ! C'est pourquoi malgré son caractère flou, nous croyons que la définition de la communauté comme réseau de réseaux affinitaires demeure la meilleure approximation de la complexité du réel qu'elle tente de couvrir.

Ce serait là un premier élément de la définition de l'approche communautaire que pourrait soutenir le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale : l'ancrage de la ressource, ou de l'intervenant, dans une communauté réelle. Autrement dit, sa légitimité provient de son aptitude à mobiliser un segment de population et non seulement, ni nécessairement, de la correspondance de ses actions à une planification nationale ou régionale. C'est aussi, à mon avis, la distinction que l'on peut faire entre l'action des établissements et celles des organismes communautaires autonomes ou alternatifs. Il s'agirait de deux formes de solidarité. Le réseau des établissements reflète des consensus larges de la population sur le minimum d'assistance et de soutien dû à l'ensemble des citoyens et citoyennes du

pays. C'est une solidarité exercée à l'horizontal en respect d'un seuil d'assistance et de services en deçà duquel personne ne devrait sombrer. Bien sûr, la fixation de ces minimums est un enjeu politique, le débat actuel sur la réforme de l'assurance chômage en témoigne. Les organismes communautaires, quant à eux, émergeraient d'une solidarité exercée à la verticale. Ils interviennent sur des problématiques non ou mal identifiées par le réseau des établissements. Ces ressources n'agissent pas nécessairement en complémentarité du réseau des établissements, elles peuvent même en contester l'action. Ce n'est pas un tort, au contraire. La concurrence qu'exercent ces ressources est légitime pour une société qui se conçoit comme pluraliste et dynamique. L'espace communautaire constitue une source vitale pour le renouvellement et l'adaptation des pratiques sociales et de santé aux exigences d'un monde aux prises avec une accélération de changements sans précédent.

On peut ici résumer les ingrédients essentiels de l'approche communautaire prônée par le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale.

- Une conception globale de la personne et de la communauté. Celles-ci ne sont pas appréhendées sous le seul angle des difficultés ou symptômes, mais aussi dans leurs interactions sociales, culturelles, économiques ou avec tout ce qui forme leur environnement.
- Une perspective de reprise de pouvoir qui dépasse le seul développement d'habiletés conformistes ou de robustesse face au stress. Il s'agit aussi de favoriser le plein exercice de la citoyenneté qui, dans une société démocratique, consiste aussi à participer aux changements des normes.
- Une personnalisation de l'accueil. On devient membre ou on participe à l'activité d'une ressource alternative volontairement. L'organisme évite l'usage des grilles fermées d'évaluation ou des diagnostics pour respecter ou réinstaurer le sentiment de dignité de la personne ou de la communauté. Le recours à ses services ne doit pas être un facteur de honte.
- Un ancrage dans la communauté réelle. Les ressources alternatives sont empreintes des préoccupations des communautés d'où elles émergent et, en cela, elles ne limitent pas leurs actions à la seule distribution de services. Elles s'inscrivent dans une dynamique globale de la communauté et évitent ainsi de s'enfermer ou d'enfermer ses membres dans une logique d'exclusion.

- Les ressources communautaires contestent le quasi-monopole qu'exerce la perspective biomédicale sur le champ de la santé mentale parce qu'elle tend à légitimer la stigmatisation et l'exclusion des personnes aux prises avec des difficultés d'ordre psychologique ou d'intégration sociale. On évitera la réduction de tels problèmes à des termes médicaux.
- Les ressources communautaires s'inscrivent dans un projet continu de changements sociaux. Elles promeuvent la poursuite du projet démocratique qui consiste à participer à la construction d'une société toujours plus ouverte et la plus juste possible.

L'ensemble de ces caractéristiques visent à faire des organismes alternatifs des agents de changements, des sources de renouvellement plutôt que des agents de reproduction. Mais avant de les décrire plus concrètement, attardons-nous quelque peu à la notion de santé mentale. Je m'aventurerais un peu trop en accolant à l'ensemble de ces organismes une définition commune de la santé mentale. De façon assez générale, cependant, ils évitent de parler de « maladie mentale » et utilisent plutôt la formule « problème de santé mentale ». Ils s'en trouvent même plusieurs qui préfèrent éliminer de leur discours ces références aux notions de santé pour ne parler que de problèmes ou de souffrances émotionnelles.

Ce qui pourrait n'apparaître ici qu'une variation lexicale imposée par la mode du « politiquement correct » exprime plutôt une critique de la médicalisation de la folie et du mal être. Il faut admettre que la notion de maladie appliquée au domaine de la psychologie ne s'appuie pas sur des démonstrations scientifiques bien solides, même si dans la presse populaire autant que scientifique, on nous annonce régulièrement la découverte du gène, de la configuration du cerveau ou du neurotransmetteur responsable de telle ou telle maladie mentale. Nous n'en sommes pas encore arrivés pour autant à effacer le conditionnel de ces « bonnes nouvelles ». La pharmacothérapie dont le développement s'appuie sur ces hypothèses biologiques n'arrive, au mieux, qu'à réduire des symptômes désagréables. Cependant, ils provoquent en même temps nombre d'effets secondaires indésirables qui se traduisent parfois par des séquelles permanentes. Les médicaments seuls ne guérissent pas. Dans le meilleur des cas, ils contrôlent la symptomatologie de l'individu, mais plus encore ils apaisent son entourage. On a aussi suffisamment critiqué le caractère arbitraire des classifications nosologiques pour qu'il soit inutile ici d'en démontrer les faiblesses. Bref, les manuels diagnostics en santé mentale, dont le fameux DSM, décrivent et classent à peu près tous les écarts possibles à la norme sans que l'on puisse pour autant relier ces catégories à des causes déterminantes. On y regroupe les symptômes selon une logique statistique en supposant

que ces configurations pourraient exprimer des unités spécifiques. Si le premier temps de l'opération en est un d'observation, le second appartient encore à celui de l'interprétation. Ajoutons à ce tableau le succès très moyen de la psychiatrie biomédicale. Si l'apparition des psychotropes a effectivement réduit le nombre d'hospitalisations « au long cours » en psychiatrie, il n'en reste pas moins que la plupart des usagers des urgences psychiatriques et des « lits de courte durée » sont qualifiés de « réutilisateurs ». Entre deux hospitalisations, on en retrouve bon nombre qui vivent seul en chambre ou fréquentent plus ou moins régulièrement les ressources pour personnes itinérantes. L'institutionnalisation à long terme a cédé la place à l'institutionnalisation intermittente.

Devant la faiblesse de l'hypothèse biomédicale, l'action communautaire ne doit pas nous apparaître comme un pis-aller : une action commandée par la compassion faute de connaissances scientifiques. Ces approches fondées sur la considération des facteurs environnementaux correspondent, bien au contraire, à des données d'enquêtes rigoureuses. La présence de troubles associés à une mauvaise santé mentale est statistiquement liée à la pauvreté, à l'isolement social, aux deuils et à la discrimination. Bien sûr, on se situe là aussi dans le domaine de l'interprétation. On ne saurait affirmer que ces facteurs sont les causes déterminantes des troubles de la santé mentale. Ils se trouvent bon nombre de personnes affectées par la perte d'un emploi, la pauvreté ou de mauvaises conditions de logement qui ne sombrent pas pour autant dans la psychose ni même dans la dépression. Cela ne banalise pas ces événements et tous s'entendront sur l'intérêt d'en réduire l'apparition et d'en combattre les effets. Ce sont, du moins parmi les facteurs réputés nocifs à la santé mentale, ceux sur lesquels on devrait collectivement pouvoir agir sans craindre de provoquer en même temps des effets indésirables.

Ce qui caractérise les conceptions de la santé mentale des divers organismes du Regroupement, c'est la conviction qu'on ne peut en ignorer les composantes environnementales et historiques, et ce tant sur le plan privé que collectif. Au-delà de ce consensus, il se trouve des organismes et des intervenants liés à l'alternative qui s'intéressent au développement cognitif, à la structure psychique ou à la construction des systèmes de relations des individus qui les fréquentent. À cet égard, l'alternative en santé mentale est moins une approche qu'une perspective.

## **L'ALTERNATIVE EN PRATIQUE**

Les ressources alternatives s'accommodent mal du continuum homologué des soins de santé qui va de la prévention à la réinsertion sociale en passant par le traitement et la réadaptation. Ce découpage de l'intervention est

calqué sur la médecine physique où nombre de lésions, de microbes ou de virus causant les troubles sont bien identifiés, ce qui n'est pas le cas en santé mentale. Comme la notion de guérison, celles de prévention ou de réadaptation ont un statut tout relatif. Un problème de santé mentale n'est pas un défaut d'éducation ou d'intelligence. Ainsi la « mésadaptation » est souvent en ce domaine compréhensible non pas en tant que déficience ou incapacité, mais en tant que stratégie pour affronter une situation interprétée comme extrême. Si pour mieux se comprendre, on peut associer certaines activités à l'une ou l'autre des étapes de l'intervention, attribuant la recherche d'emploi à la réinsertion, l'entrevue en profondeur, au traitement et la pratique d'un sport collectif, à la réadaptation, il faut bien admettre que, dans la pratique, ces activités s'entremêlent et ne sont jamais du ressort exclusif d'un groupe professionnel particulier. Cela explique le refus des organismes alternatifs à être confiné dans des cases programmatiques.

En pratique, les ressources membres du Regroupement soutiennent une grande variété d'activités. On compte aujourd'hui 104 de ces ressources qui ont pignon sur rue dans presque toutes les régions du Québec. Certaines s'identifient à l'entraide, d'autres offrent des milieux de jour. Il y a des ressources qui offrent de l'hébergement, d'autres des psychothérapies; il y a des centres d'écoute, des ressources de réinsertion au travail, des équipes de suivi communautaire, etc.

Pour les fins de cette brève communication, j'identifierai trois accents qui pourraient illustrer la variété de ces organismes: ce sont les ressources d'entraide, d'intégration communautaire et de psychothérapie communautaire. Il s'agit bien d'accents et non de pratiques exclusives.

Les ressources d'entraide visent surtout à ce que des personnes qui ont partagé l'expérience de la détresse psychologique aient l'occasion d'actualiser leur potentiel. Par l'exercice du témoignage, le partage de projets et d'activités communes, elles prennent conscience de la signification de leurs histoires intimes. Elles reconstruisent leur estime de soi en se découvrant un potentiel d'aidant ou des capacités sociales. Le groupe d'entraide permet aussi de rompre l'isolement social et constitue souvent une expérience positive qui réinstalle la confiance nécessaire à un réinvestissement social plus étendu.

Les ressources que j'ai qualifiées d'intégration sociale se démarquent des ressources d'entraide en ce qu'elles s'autorisent une intervention asymétrique, c'est-à-dire qu'on y distingue des aidants et des aidés. Les activités sont plus structurées que dans les groupes d'entraide. Ici, on propose des activités de réinsertion au travail, des cours ou des stages



supervisés, ailleurs, les participants sont accompagnés dans leurs efforts à se maintenir en logement autonome. Il peut s'agir de négocier avec un propriétaire, de faire des démarches auprès d'institutions sociales, d'établir un budget ou de se préparer à une rencontre avec la famille. Plusieurs autres activités peuvent être l'occasion d'améliorer directement les conditions de vie en même temps qu'elles favorisent le développement de la confiance et l'estime de soi. L'esprit de l'intervention consiste surtout à « suivre » plutôt qu'à précéder les demandes.

Le dernier groupe serait celui des ressources thérapeutiques, qui sont peu nombreuses. Au sein du Regroupement, il y a un seul centre de crise et quelques ressources en thérapie de groupe. Deux ressources s'adressent exclusivement à des personnes psychotiques, et toutes les deux offrent un cadre de vie et d'intervention inspiré de la théorie psychanalytique. Les autres ressources offrent différents supports au cheminement de leurs participants : des activités de création, des dynamiques de groupes, des entrevues en face à face, des ateliers de relaxation, etc.

Tous ces organismes sont dirigés par un conseil d'administration où siègent de plein droit au moins 25 % (50 % pour les ressources d'entraide) de personnes ayant fréquenté la ressource ou d'autres services en santé mentale. De plus, tous se sont engagés à développer une vie associative qui contribue à en maintenir les orientations en relation étroite avec les besoins exprimés par leurs membres et participants.

## **LES RESSOURCES ALTERNATIVES ET LES CLSC**

Plusieurs des caractéristiques que je viens d'attribuer à l'intervention alternative ne vous auront pas paru étrangères à ce qui peut se faire en CLSC. Je crois, cependant, qu'il serait inutile d'opposer le développement des premiers aux seconds. La croissance des ressources alternatives ne doit pas être perçue comme un remplacement des CLSC, à meilleur compte et avec des ressources moindres. De la même manière que le développement d'équipes de santé mentale dans les CLSC ne devrait pas signifier la relégation des activités communautaires au bénévolat et au macramé. À l'heure où se réduisent les ressources financières dévolues à la santé et aux services sociaux, il serait facile de céder à notre fibre corporatiste et de jouer les frères ennemis.

Je crois qu'il faut situer le débat à un niveau un peu plus élevé que celui de la seule distribution de services. Les CLSC ne sont pas des établissements tout à fait comme les autres. Leur création, somme toute assez récente, fut inspirée largement d'initiatives populaires. Les cliniques

communautaires, assez semblables dans leur esprit et leur mode d'organisation à celles qui fondent le Regroupement, sont pour une bonne part leurs ancêtres. Par cela, je tiens à souligner que l'espace communautaire est bien un lieu privilégié de renouvellement des pratiques sociales. En contrepartie, il faut aussi reconnaître l'acquis que constitue la présence des CLSC au Québec. Leur taille encore assez restreinte pour la plupart, leur relative accessibilité et la polyvalence de leur mandat en font certainement des lieux plus invitants et qui incitent davantage les gens à se prévaloir des services sociaux et de santé. Il est, par exemple, certainement moins difficile de se résoudre à faire une demande de consultation sociale ou psychologique dans un CLSC que de se rendre à l'hôpital psychiatrique.

Par ailleurs le CLSC n'est pas un organisme communautaire. Il fonde ses orientations sur des directives issues de l'État ; les citoyens et usagers n'y exercent qu'un contrôle limité. Les cadres qu'imposent ses mandats ne lui permettent pas toute la souplesse nécessaire pour réagir rapidement aux nouveaux besoins qui apparaissent dans la population ni la latitude suffisante pour intervenir avec les citoyens sur la place publique. Ce qui ne les empêche pas de soutenir les initiatives populaires. Nombre de nos groupes ont bénéficié dans leur implantation de l'aide d'organismes communautaires employés par des CLSC. Cependant, il faut bien comprendre que c'est là un rôle de soutien et non pas une entreprise de création de pseudopodes du CLSC.

La question de départ était celle de l'articulation entre les ressources alternatives et celles du CLSC dans le contexte de la Réforme des services sociaux et de santé. J'espère y avoir répondu en faisant comprendre que je percevais les CLSC comme des établissements charnières entre le réseau de solidarité étatisé et celui qui émerge dans la société civile. De ces nouvelles pratiques, certaines en viendront à s'imposer comme des modèles à imiter tandis que d'autres disparaîtront avec les besoins qui les ont fait naître. Si notre société ménage un plus grand espace à l'initiative communautaire, notre solidarité collective sera d'autant plus dynamique et efficace. C'est là un enjeu important de nos positionnements respectifs dans le contexte de la réforme. La question est de savoir si nous pouvons resituer la Réforme dans une problématique sociale et clinique, ou si nous acceptons de la voir se réduire à une mise aux enchères des services.

## **Bibliographie**

- CAPLAN, Paula J. (1991). « How Do They Decide Who is Normal ? The Bizarre, but True, Tale of the DSM Process », *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, vol. 32, n° 2, 162-170.

- CLÉMENT, Michèle et Hector OUELLETTE (1992). «Problématiques psychosociales et notion de risque : une perspective critique», *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol. 5, n° 1, 113-127.
- COHEN, David (1988). «L'influence du DSM-III sur la recherche et la pratique en psychopathologie», *Intervention*, n° 80, 41-48.
- COHEN, David, CAILLOUX-COHEN, Suzanne et l'AGGID-SMQ (1995). *Guide critique des médicaments de l'âme*, Montréal, Éditions de l'homme, 409 pages.
- DORVIL, Henri (1986). *Les patients qui activent la porte tournante : étude clinique et sociodémographique d'une clientèle majeure à l'hôpital Louis-H.-Lafontaine*, Centre de recherche de l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine, Montréal, 73 pages.
- LAMOUREUX, Jocelyne (1994). *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 235 pages.
- MILLET, Kate (1991). *La maladie mentale : une illusion*, Exposé présenté dans le cadre de la soirée d'ouverture du Congrès d'orientation du RRSMQ de 1991 (texte inédit), 9 pages.
- PAQUET, Roger *et al.* (1985). *La santé mentale : rôle et place des ressources alternatives*, Québec, Comité de la santé mentale, Gouvernement du Québec, 168 pages.